

Destinatário CA e Responsáveis das Unidades Hospitalares e Regionais de Gestão de Inscritos para Cirurgia

Assunto Esclarecimento de algumas regras do SIGIC no âmbito do financiamento da instituição, constituição e remuneração das equipas.

Data 2005/ 12/ 01
Revisão 1

Exmos. Srs.,

Esta Linha Directa tem como objectivo esclarecer as dúvidas relativamente a:

- Financiamento da Instituição ano 2005;
- Modalidades de Produção;
- Constituição e pagamento às equipas.

Financiamento da instituição

➤ Conceitos Gerais

As instituições são financiadas tendo em conta as suas características (grupo de estrutura) e a actividade observável (mensurável) que realizam. Num processo que visa aumentar a eficiência das instituições é fundamental garantir a sua sustentabilidade económica, pelo que o financiamento global terá em conta a actividade histórica e respectivos custos. O crescimento da actividade global e em particular da actividade cirúrgica é necessário para fazer face à procura, que excede claramente a oferta, não obstante este crescimento ter de se fazer à custa da utilização racional dos meios visando um aumento da eficiência global. Neste contexto entende-se que a parcela de produção correspondente ao crescimento deve ser gerida numa óptica concorrencial. Uma gestão eficiente orientada para os resultados (em quantidade e com níveis de qualidade padronizados) necessita de recorrer a instrumentos de gestão mais flexíveis. O SIGIC institucionalizou a modalidade de produção remunerada por unidade produzida, a flexibilidade horária para permitir um melhor ajustamento às variáveis dos processos de produção, os incentivos à produção cirúrgica e um sistema de informação com indicadores fiáveis que permitem acompanhar a procura, processo, actividade, e no futuro resultados. A decisão sobre os processos de produção tem de residir nos vários níveis de gestão do hospital. Os resultados devem ser públicos e as responsabilidades pelos bons ou maus resultados atribuídos aos gestores tendo em conta os respectivos enquadramentos.

➤ Linhas de financiamento

Com a implementação do SIGIC a linha de produção de internamento subdivide-se em 4 outras linhas - linha de internamento médico, linha de internamento cirúrgico urgente, linha de internamento cirúrgico programado base (para o equivalente à actividade histórica), linha de internamento cirúrgico adicional (para a actividade acrescida – em que a unidade de medida é o doente equivalente (ou doente operado no caso da cirurgia de ambatório). Também a linha de cirurgia de ambatório sofreu alterações tendo-se desdobrado em duas – a linha de cirurgia de ambatório base e a linha de cirurgia de ambatório adicional.

➤ **Pagamento por conta e acertos**

O contrato celebrado entre o IGIF com as instituições prevê um montante a pagar ao hospital que resulta do somatório dos valores definidos para cada linha de produção. Este montante presume a realização de uma determinada actividade de acordo com critérios previamente estabelecidos. Estão previstos no clausulado abatimentos ao montante fixado, por incumprimentos. Por conta deste montante são entregues, em duodécimos, às instituições, verbas que contemplam todas as linhas de produção. No caso da linha de financiamento adicional para a produção de internamentos cirúrgicos e de cirurgias de ambulatório é entregue mensalmente um duodécimo correspondente a 80% do montante estimado tendo em consideração o CM do hospital do ano anterior. Relativamente a estas linhas o valor será acertado tendo em conta os pesos relativos e factores de equilíbrio constantes no despacho 24 036/2004 de 22 de Novembro, referentes aos GDH apurados de acordo com as normas de financiamento adicional (em anexo)

➤ **Codificação**

A codificação da actividade clínica é, no actual modelo de financiamento, indissociável do mesmo. A correcta codificação dos episódios é o garante de um financiamento justo e como tal estão os hospitais obrigados a uma atenção particular a este aspecto. Ainda que o SIGIC tenha vindo a introduzir mecanismos que aproximam o processo de codificação à prática clínica, tornando a sua realização mais próxima dos processos e da linguagem natural dos clínicos o sistema gera sempre um GDH único para o episódio (que o classifica) de acordo com as normas já anteriormente instituídas pelo IGIF, garantindo-se assim a coerência e continuidade nas bases de dados.

➤ **Procedimentos Múltiplos**

O financiamento da produção adicional é idêntico para todos os prestadores e é independente da modalidade de produção. Tendo em conta que tem valores genericamente inferiores ao financiamento da produção base entendeu-se adequado ressarcir e incentivar a resolução em tempo único de problemas / patologias que afectem os utentes conseguindo assim economias processuais e maior conforto para o utente. Para este efeito é calculado um valor que se adiciona ao montante determinado pelo GDH do episódio. Há pois um financiamento acrescido destes episódios. A determinação de GDH secundários não altera a classificação do episódio e tem por objectivo único determinar o valor dos incentivos a atribuir nas situações em que se verifica a resolução de problemas múltiplos e independentes num episódio único.

➤ **Financiamento base da produção e financiamento adicional da produção**

O modelo de financiamento, agora revisto, divide cada uma das linhas de financiamento de produção da cirurgia programada convencional e cirurgia de ambulatório em duas - a base e a adicional. Estas, não ocorrem em tempos simultâneos mas sim em tempos sequenciais (primeiro a base e quando esta termina, a adicional) nem incidem sobre actividade distinta. Referem-se pois sempre à mesma actividade (cirúrgica). Na realidade referem-se às mesmas linhas de produção (convencional e ambulatório) mas distinguem a forma de financiamento em função do número de episódios realizados (doentes equivalentes ou cirurgias) e respectiva cronologia (os primeiros **N** em base e os restantes em adicional). Esta modalidade de financiamento procura possibilitar um crescimento sustentado em ambiente concorrencial regulado nas instituições eficientes que disponibilizem oferta

para as populações que servem ou para outros hospitais deficitários.

➤ **Contratação com os Serviços**

A contratação com os serviços da actividade é básica nesta modalidade de financiamento e produção. O compromisso estabelecido entre o CA e o IGIF deve decorrer de um processo de negociação interno com os Directores de serviço com os quais se estabelecem contratos de produção em que os recursos disponibilizados ao serviço, as quantidades a produzir e base e adicional, a repartição da actividade pelas patologias, o tratamento da lista de inscritos (critérios de prioridade e de inclusão em LIC), a eventual disponibilidade para receber doentes externos, os circuitos de produção e de registo de informação e código, os mecanismos de monitorização devem ficar explicitados.

➤ **Modulação dos valores a pagar à Equipa**

Os hospitais têm a possibilidade de adequar os valores previstos no despacho 24 036 /2004 de 22 de Novembro, para pagamento de produção adicional às equipas, utilizando o seguinte mecanismo.

Publicação de uma tabela interna que especifique as circunstâncias e a medida em que a percentagem do valor estipulado para a equipa vai variar face ao valor central designado no despacho para os GDH apurados.

Assim, exemplificando, o CA pode determinar que se num dado episódio ocorreu o procedimento X ou se verificaram as situações Y (tumor em estágio III, uso de sangue intra operatório, recurso a laparoscopia, ...) a percentagem para a equipa sobre os valores apurados pela determinação dos GDH, será acrescida até 10% ou diminuirá até 10%

Ilustrando com um exemplo já adoptado num hospital público, foi neste determinado que nas cirurgias em que houvesse recurso ao serviço de hemoterapia o valor para a equipa decrescia 2%

➤ **Constituição e pagamento às equipas para produção adicional**

A constituição de equipas faz-se no âmbito dos serviços sendo, de acordo com o despacho 6263/2005 de 23 de Março, da responsabilidade do respectivo director de serviço. As regras gerais que definem os grupos profissionais e as funções que integram as equipas são definidas e publicitadas pelo CA. Existindo interesse do hospital e equipas disponíveis para realizar produção adicional que não possam ser integradas nos serviços existentes pode o CA constituir um serviço para este efeito dirigido pelo Director Clínico ou por outro médico designado para o efeito. As equipas para produção adicional são contratadas para cada cirurgia para a qual tenham sido designadas no agendamento do procedimento cirúrgico que terá de explicitar a modalidade adicional da produção. Uma vez realizada, o hospital fica obrigado ao seu pagamento. Ao contrário do compromisso que existe com o director de serviço não existe qualquer compromisso contratual entre o hospital e as equipas quer no número quer na continuidade da prestação. O valor a pagar às equipas decorre directamente do montante inscrito na tabela de preços do SIGIC apurados os procedimentos e diagnósticos envolvidos e independentemente do tempo de internamento, destino após a alta ou outras variáveis. Este valor é uma parte variável do preço total (componente da equipa conforme as normas publicadas pelo CA).

➤ **Conceitos Gerais relativos à produção adicional**

A execução da produção adicional tem como pressuposto a livre negociação entre os interessados (equipas e hospital) mediada pelos directores de serviço, na prossecução da missão e dos interesses do serviço e do hospital. Presume pois mais valias para ambas as partes. Tem como finalidade o aumento global da produção a custos controlados.

➤ **Como se podem constituir equipas e como se processam os pagamentos?**

O SIGIC é muito flexível quanto à composição das equipas, refere o despacho 6263/2005 (2ª série) de 23 de Março na sua alínea 4 que “ a composição da equipa é determinada pelo director de serviço” e no ponto 5 que “o responsável pela equipa é obrigatoriamente um médico com especialidade cirúrgica”, finalmente no ponto 6 “o valor a atribuir a cada profissional... será uma percentagem do valor global... de acordo com publicação normativa da instituição...”

Daqui se conclui que:

- 1- O director de serviço comporá as suas equipas como entender desde que o chefe da mesma seja um cirurgião (não pode ser um interno)
- 2- A distribuição da verba pela equipa decorre da decisão publicada internamente pelo CA (estabelece as regras)
- 3- O montante a pagar decorre das previsões do despacho 24036/2004. Assim, considera-se que o valor a atribuir à equipa é o correspondente ao produto do valor constante na tabela preços pela percentagem definida pelo Conselho de Administração (dentro dos limites estabelecidos) referente ao GDH que decorre dos códigos de diagnóstico e procedimento estabelecidos na cirurgia assumindo, para efeitos de determinação do GDH, que o destino após a alta é o domicílio.

O diagnósticos relativos a cada doente que devem ser considerados para a determinação do GDH são todos os apurados após o conhecimento dos exames efectuados, nomeadamente os determinados pela Anatomia Patológica.

No caso de estar perante uma situação em que se proceda num episódio cirúrgico único, à resolução de problemas múltiplos através de procedimentos cirúrgicos independentes (que respeitam a situações independentes e poderiam ser executados em tempos operatórios distintos), ao valor determinado pelo GDH principal (que resulta da identificação dos códigos ICD9-MC referentes ao principal e da codificação de todos os outros diagnósticos determinados e procedimentos) acresce o somatório dos valores decorrentes do produto dos GDH secundários (os que resultam da inclusão de cada diagnóstico secundário e respectivos procedimentos) por 0,6 até ao máximo correspondente do produto do valor do GDH principal por 1,6. O objectivo desta fórmula de cálculo é incentivar e recompensar a resolução, num único tempo cirúrgico, de mais do que uma situação.

- 4- Uma vez distribuída uma cirurgia adicional a uma equipa o CA fica responsável pelo pagamento do valor decorrente da tabela de preços à equipa. Esta obrigação é absoluta e não está dependente do hospital vir ou não a facturar produção adicional ao IGIF.
- 5- O CA pode, caso entenda que um tipo de intervenção em particular, é especialmente benéfico para a instituição e para os utentes, incentiva-la aumentando até um máximo de mais 10% a percentagem correspondente à equipa relativa ao valor inscrito na tabela. Inversamente se entender que alguns

procedimentos estão inflacionados ou não são prioritários para a instituição, pode diminuir o valor a atribuir à equipa até um máximo de 10%.

- 6- O CA pode ainda não eleger determinados procedimentos para execução na modalidade de produção adicional

➤ Modalidades de Produção

Existem três grandes modalidades de produção que poderão ser executadas independentemente de quem é o financiador (IGIF, subsistemas, etc.). A saber:

- Produção Base – toda a produção que foi executada no âmbito da actividade dos cirurgiões no seu horário de trabalho (no âmbito do seu vínculo jurídico à instituição).
- Produção Adicional – toda a produção executada no âmbito de um contrato de produção regulado pelas unidades produzidas (utentes operados).
Financiamento dos prestadores (equipa) em função dos resultados.
- Produção decorrente da execução de subcontratação – esta produção é livre entre instituições públicas e limitada a 5% (da produção base) quando realizada com instituições privadas.

A produção base e adicional são duas formas concorrenciais de produção disponíveis para ser utilizadas de acordo com a determinação dos CA dos hospitais nas linhas de financiamento base ou adicional dos internamentos cirúrgicos programados ou das cirurgias de ambulatório. A produção base é caracterizada por ser efectuada no âmbito dos vínculos laborais dos elementos das equipas não podendo como tal ser directamente indexada às unidades produzidas. A produção adicional caracteriza-se por decorrer de acordos individuais com as equipas, para cada unidade de produção, e os seus custos estarem directamente relacionados com as unidades produzidas. A produção base em serviços muito eficientes, organizados e em que haja constância nos níveis de produção pode constituir uma vantagem em eficiência financeira dada a natureza favorável ao hospital da relação entre os vencimentos da equipa e o financiamento. A produção adicional, salvaguardada a relação de custos pelo hospital é a mais segura pois só gera custos após a realização e consequentemente após garantia de financiamento, nesta modalidade de produção o hospital tem uma eficiência financeira garantida e está salvaguardado de perdas, o risco corre por conta da equipa prestadora.

Estarei ao inteiro dispor de Vs. Exas. para esclarecimento de eventuais dúvidas suscitadas pelos temas referidos anteriormente.

Com os melhores cumprimentos,

PEDRO GOMES

COORDENADOR DO SIGIC

Anexos

I FAC sobre financiamento

II Exemplos

III Métodos de cálculo

I FAQ sobre financiamento

1 - Os doentes beneficiários de subsistemas de saúde podem ser operados em produção adicional no âmbito do SIGIC?

R: Sim, o SIGIC regula a actividade cirúrgica para todos os utentes dos Hospitais independentemente da entidade financeira responsável.

2 - Como se identificam os GDH cirúrgicos urgentes para que não sejam excluídos. Pelo tipo de admissão ao internamento, pelo tipo de cirurgia, ou por outro.

R: A colocação de um episódio de internamento na linha de cirurgia programada ou urgente depende da forma como é inscrito no sistema de informação (SI) na altura da realização da cirurgia. Os critérios para o registo em Urgência não se prendem com o tipo de admissão mas com os recursos utilizados na cirurgia. Assim devem ser classificados como internamentos programados não urgentes os episódios de internamento em que a cirurgia correspondente ao diagnóstico principal (o que determina o GDH do Episódio) seja executada recorrendo aos recursos humanos da cirurgia programada – equipas médicas que não estão a prestar serviço de Urgência, ainda que nesse internamento possa ter ocorrido cirurgia de Urgência, e independentemente da forma de admissão a esse internamento.

3 - Como se associam no LDRG episódios de internamentos cirúrgicos urgente e não urgente ?

R: A codificação dos episódios de internamento para o LDRG processa-se como sempre se processou para todos os internamentos. É o SIGLIC que vai determinar a linha de financiamento. A facturação deverá ser conforme o registo no SIGLIC. As aplicações informáticas do IGIF estão a ser preparadas para este efeito.

4 - O valor de cirurgia adicional referenciado no contrato programa diz respeito ao ano todo, ou só é válido a partir do início do SIGIC (1 Junho)?

R: Só existe cirurgia adicional nos hospitais a partir do início oficial para cada região. A partir do início da Cirurgia Adicional já não é possível executar PECLEC. Assim no Norte e Lisboa e Vale do Tejo esta ocorreu em 1 de Junho 2005 e na Região Centro a 1 de Outubro de 2005. As quantidades e valores referentes ao PECLEC são consideradas no âmbito de um programa vertical e não se incluem nas quantidades e nas verbas definidas contratualmente. Assim no caso dos hospitais da região LVT os valores de cirurgia adicional referenciados no contrato dizem respeito a utentes beneficiários do SNS, operados no Hospital após conclusão dos episódios referentes ao financiamento base (valor inscrito na linha de produção de internamentos cirúrgicos base), não incluindo os operados no âmbito do PECLEC (que tem outra linha de financiamento) nem os operados em que o responsável financeiro não é o IGIF (os dos sub sistemas e afins).

5 – Se pagarmos aos médicos a produção adicional que executarem e não viermos a atingir a totalidade da produção estabelecida no financiamento adicional vamos estar a pagar e não vamos receber?

R: Falso. Efectivamente não existindo correlação directa entre financiamento e modalidade de produção tal não se passa. Toda a produção efectuada até ao limite total previsto no contrato (base + adicional + marginal) é financiada. Assim pode observar-se no caso da produção adicional, dado só ser paga após realização, há uma garantia do seu financiamento (razão pela qual é a modalidade privilegiada pelas instituições privadas). Já na produção base dado estarem os Hospitais comprometidos com os vencimentos há uma despesa efectiva mesmo que a produção não lhes corresponda.

6 – Podemos ultrapassar em produção adicional as quantidades estabelecidas no financiamento adicional?

R: O contrato com o IGIF não estabelece montantes para cada tipo de produção, assim é possível estando a produção base abaixo do previsto compensar com produção adicional, se o montante total for respeitado.

7 – Podemos realizar cirurgias financiadas em adicional em doentes com pouco tempo em espera na lista?

R: A questão revela confusão sobre os conceitos. O tempo que um doente está em lista é regulado pelo SIGIC e só tem que ver com o financiamento na medida em que pode gerar penalizações se não se respeitarem as normas estabelecidas. Assim os únicos factores que determinam o tempo em espera são os da disponibilidade dos procedimentos, da prioridade clínica e da antiguidade na LIC. Na selecção de doentes para operar (agendamento) não se tem em conta financiador, modalidade de financiamento (base, adicional), ou modalidade de produção (base, adicional, subcontratação).

8- De onde provêm as verbas referentes aos incentivos previstos em sede de contrato programa destinados a membros das UHGIC e Directores de Serviço?

R: Os incentivos destinam-se a promover a produção em modalidade adicional, quer por se reconhecer que obriga a mudanças de gestão e a um grau de organização e controle superior, quer por se entender que é uma modalidade que pode promover aumento de eficiência nos hospitais. Os incentivos provêm das verbas globais destinadas ao financiamento da actividade cirúrgica do Hospital, pelo que não diminuem a componente destinada à equipa.

9 – Como se pode pagar às equipas procedimentos associados se estivermos ainda a produzir em financiamento base, que não prevê acréscimo nestes casos.

R: O pagamento às equipas decorre do constante no despacho 24036/2004 de 22 de Novembro 2ª série e consequentemente terá que ser executado tal como foi estabelecido (pagamento adicional nos episódios com procedimentos múltiplos) independentemente da modalidade de financiamento. Recorda-se que o financiamento base é unitariamente superior ao adicional pelo que deverá ser suficiente para colmatar as questões referidas

9 – Qual o modo como será efectuado o pagamento da produção adicional. Durante a execução do PECLEC o pagamento era feito pela ARS à medida que os doentes eram operados e os títulos devolvidos convenientemente preenchidos, actualmente não sabemos como será feita essa remuneração

R: As verbas, quer da produção financiada em base quer financiada em adicional, estão compreendidas no contrato com o IGIF. Ao Hospital cumpre pagar directamente às equipas à medida que a produção é executada. Para que a cirurgia seja considerada adicional e como tal paga às equipas deve, no tipo de produção, ser registada no sistema de informação do hospital, à data do registo da cirurgia, como adicional. (assinalar no campo próprio do ecran do registo da cirurgia).

10 - Será que o hospital pode pagar mensalmente os doentes efectuados em produção adicional ou só paga por trimestre, após observação da produção base e das desconformidades?

R: O Pagamento da produção contratada e executada com as equipas não está condicionado pela execução da produção base. O que pode ficar condicionado é a manutenção do contrato com o director de serviço para a produção uma vez que é o contrato com o serviço que poderá estar a ser incumprido e não o contrato com as equipas que cumpriam a sua parte executando as cirurgias para as quais foram mandatadas. O pagamento às equipas está apenas dependente da organização burocrática do hospital idealmente deveria ser com um mês de atraso, não deve exceder os dois meses.

11 – O CA negocia com os serviços cirúrgicos em doentes equivalentes ou em doentes saídos?

R: Embora essa seja prerrogativa do CA o modo de negociação com os serviços, sugere-se que seja em doentes saídos pois torna a comunicação mais fácil

12 - Na secção denominada “Pagamento por conta e acertos” escreve-se: “o contrato celebrado entre o IGIF e as instituições prevê um montante a pagar ao hospital que resulta do somatório dos valores definidos para cada linha de produção... Por conta desse montante são entregues, em duodécimos, às instituições, verbas que contemplem todas as linhas de produção”. Como se coaduna este pagamento em duodécimos com a afirmação, várias vezes proferida, de que o financiamento depende da facturação apresentada para o período, sendo que, no decurso do ano, pagar-se-á em financiamento base e, só perto do final do ano, pagar-se-á em financiamento adicional? Dado que o pagamento em duodécimos é incompatível com o pagamento mediante apresentação de facturas, qual o sistema de pagamento que vai ser utilizado para financiar a produção cirúrgica?

No caso simplista (excluindo o case-mix e a estrutura hospitalar), por exemplo, de se contratar 4.000 doentes equivalentes em produção base e 200 em produção adicional, ao preço unitário de €2.000, o contraente vai receber, por conta € 700.000/mês? Ou vai receber este mês o que tiver apresentado para facturação no mês anterior?

R: O pagamento (verbas entregues) é processado em duodécimos, de montante fixo (*), tendo em conta o valor global do contrato. Os acertos no final do exercício, terão em conta a facturação pelo que não obstante os pagamentos em duodécimos o financiamento do hospital decorre da facturação. O sistema utilizado para financiamento da produção cirúrgica (**) é igual às restantes linhas de produção, com a particularidade de estipular um conjunto de valores e regras para os primeiros “N” doentes equivalentes e outros valores e regras para os restantes, até totalizar o valor contratado.

No exemplo que apresenta o valor do contrato seria para CM=1, preço unitário base = 2000 € e valor base implícito para produção adicional = 1206 €:

$$(200 \times 1206) + (2000 \times 4000) = 241200 + 8000000 = 8241200$$

$$8241200 \times 0.80 = 6592960$$

$$6592960 / 12 = 549413,3$$

$$241200 / 12 = 20100$$

$20100 \times 0.80 = 16080$ (1/12 avos de 80% do montante devido pela produção em modalidade de financiamento adicional).

Conclui-se que receberá mensalmente um valor (duodécimo) aproximado de 549413 € para o qual concorreram os 16080 € estimados para a produção em modalidade de financiamento adicional.

Não receberá pois o valor facturado no mês anterior.

(*) Tendencialmente, não se exclui a hipótese de o montante do duodécimo ser revisto caso se verifique incumprimento do contrato.

(**) Financiamento e não pagamento uma vez que já verificámos que os pagamentos são efectuados por duodécimos e têm em conta os valores globais sendo certo que para o cálculo do duodécimo concorre um valor correspondente a 80% do estimado para a produção cirúrgica contratada em modalidade de financiamento adicional.

13 - O Despacho nº 24036/2004 de 22 de Novembro, no seu nº 1, estabelece que a produção adicional executada no âmbito do SIGIC em unidades prestadoras de cuidados de saúde públicas, do sector social e do sector privado será agrupada em GDH e contabilizada para efeitos de facturação em doentes equivalentes, de acordo com o disposto na Portaria nº 132/2003 de 05 de Fevereiro, sendo que os anexos que constam deste Despacho apenas se aplicam para cálculo do valor da MRA a pagar às equipas. a) Este entendimento é correcto? Assim, no contrato com a instituição, a produção base vai ser financiada a um preço unitário fixo por doente equivalente e a produção adicional vai ser financiada em função de todos e cada um dos GDH concretos que a instituição se compromete a realizar? b) Este entendimento é correcto?

R: a) Não, determina-se também nos anexos o valor do financiamento adicional para produção submetida ao hospital.

b) Sim, a produção a financiar ao hospital em modalidade base processa-se a um preço unitário fixo por doente equivalente e em modalidade adicional em função de cada um dos GDH concretos que a instituição venha a realizar.

14 - Com outro exemplo simplista: Produção base: 4.000 doentes equivalentes ao preço unitário de €2.000; produção adicional: 100 episódios do GDH 61 + 100 episódios do GDH 161; o financiamento da instituição corresponderá a: € 8.000.000 pela produção base + € 384.780 pela produção adicional = € 8.384.780, a pagar em duodécimos de € 698.732/mês?

R: No exemplo:

GDH 61 = 778,80 (Despacho nº 24036/2004)

GDH 161 = 1423,07 (idem)

Presumindo que os 200 episódios correspondem a 200 Doentes Equivalentes, o financiamento corresponde a 8000000 € pela base e a $(100 \times 778,80) + (100 \times 1423,7) = 220250$ € e não 384780 € que seria o valor correspondente aos preços da tabela anexa à Portaria nº 132/2003 de 5 de Fevº.

O valor do duodécimo não será 1/12 do total mas o valor do duodécimo por conta da produção hospitalar total acrescido de $220250 \times 0,80/12 = 22942,708$ €.

15 - No Despacho nº 24036/2004 de 22 de Novembro: a remuneração ao hospital e à equipa cirúrgica, no caso de intervenções cirúrgicas com múltiplos procedimentos independentes, é acrescida. Como calcular este valor, que depende de se apurar um GDH principal e os GDH secundários, se o programa agrupador de GDH apenas devolve um GDH por cada episódio de internamento, como a Portaria 132/2003 de 05 de Fevereiro impõe (artº. 3º /alínea c)?

R: O acréscimo corresponde a 60% do valor (para a equipa) do(s) GDH que o SIGLIC determina para procedimentos independentes executados que acrescerá ao valor a ser entregue à equipa no caso de procedimentos múltiplos num único tempo cirúrgico até um limite máximo de 160% do valor correspondente ao determinado pelo GDH do episódio.

Nota: cada episódio só é classificado com um GDH que é sempre o mesmo independentemente do modelo de financiamento. No caso da produção adicional e quando ocorrem procedimentos múltiplos determinam-se outros GDH's (de acordo com as regras enunciadas) com o objectivo único de determinar o valor a acrescentar ao preço que decorre do GDH do episódio e assim poder compensar a realização de múltiplos procedimentos num mesmo tempo cirúrgico.

II Exemplos

Exemplo 1:

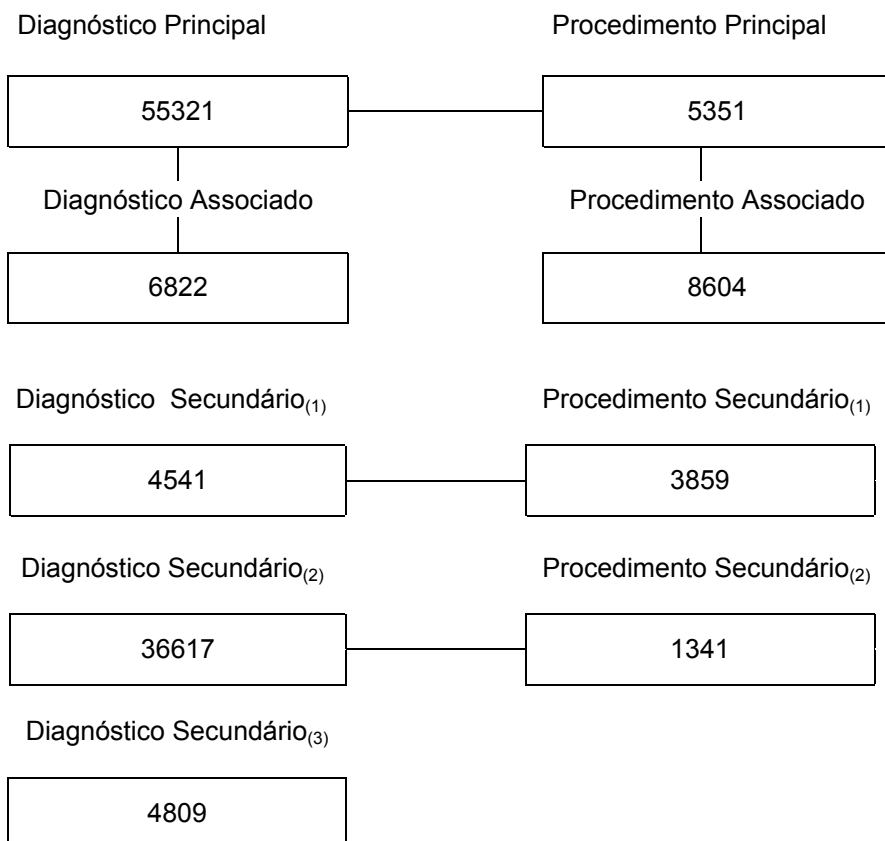
Suponhamos um utente com 20 anos, que teve alta para o domicilio tendo estado internado 15 dias, com as seguintes patologias (códigos ICD 9):

1. 55321 - Hérnia Incisional
 - 1.1. 6822 – Celulite e abscesso do tronco
2. 4541 - Varizes das extremidades inferiores com inflamação
3. 36617 - Catarata total ou madura
4. 4809 – Pneumonia Viral

Tendo em conta as patologias, serão realizados os seguintes procedimentos (códigos ICD9):

1. 5351 – Reparação de hérnia incisional (esventração)
 - 1.1. 8604 – Incisão com drenagem da pele e tecido subcutâneo, ncop
2. 3859 - Laqueação e stripping de veias varicosas dos membros inferiores
3. 1341 – Facoemulsificação e aspiração de catarata.

Assim sendo temos a seguinte estrutura de registo dos Códigos ICD 9



Cálculo do GDH:

1. GDH do Episódio

55321 - Diagnóstico Principal

6822
4541
36617
4809

Outros Diagnósticos

5351
8604
3859
1341

Procedimentos

Agrupador 3M

GDH do Episódio

160

2. GDH₍₁₎ Secundário

4541 - Diagnóstico Principal

3859 - Procedimento

Agrupador 3M

GDH₍₁₎

119

3. GDH₍₂₎ Secundário

36617 - Diagnóstico Principal

1341 - Procedimento

Agrupador 3M

GDH₍₂₎

39

Segundo a tabela presente no despacho nº 24 036/2004 de 29 de Outubro, publicado no DR nº 274, II Série, de 22 de Novembro, os valores dos GDH's são:

GDH	Valor (€)
160	1018.29
119	1188.31
39	1058.56

Pagamento à equipa por produção adicional.

Não existindo colocação de próteses e não se tratando de uma cirurgia de ambulatório o valor pago às equipas é igual a 45% do valor do GDH, assumindo que o hospital usando de uma prerrogativa constante no despacho definiu que o valor a pagar às equipas será de 42 % do valor do GDH. Assim sendo, temos a seguinte fórmula de cálculo do valor pago à equipa.

Tendo $A = 0.42 \times \text{Valor GDH Episódio}$

Valor a pagar à equipa:

$$\begin{cases} A + 0.6x\left(\sum_{i=1}^n 0.42 \times \text{Valor GDH}_{(i)}\right) & \text{se } 0.6x\left(\sum_{i=1}^n 0.42 \times \text{Valor GDH}_{(i)}\right) < 0.6xA \\ A + 0.6 \times A & \text{se } 0.6x\left(\sum_{i=1}^n 0.42 \times \text{Valor GDH}_{(i)}\right) \geq 0.6xA \end{cases}$$

i: Número de GDH Secundários

aplicando a fórmula ao nosso exemplo temos:

- $A = 0.42 \times 1018.29 = 427.68$
- $0.42 \times \text{Valor GDH}_{(1)} = 0.42 \times 1188,31 = 499.09$
- $0.42 \times \text{Valor GDH}_{(2)} = 0.42 \times 1058,56 = 444.60$

então

$$0.6 \times A = 256.61$$

e

$$0.6x\left(\sum_{i=1}^2 0.42 \times \text{Valor GDH}_{(i)}\right) = 566.21 > 256.61$$

logo o valor a pagar à equipa será $427.68 + 256.61 = \mathbf{684.29 \text{ €}}$.

Pagamento ao hospital

Hipótese 1:

O utente foi operado no 1º semestre e portanto o hospital encontra-se abrangido pelo financiamento **BASE**.

O valor teórico* que o hospital receberia pelo episódio seria igual a:

Peso Relativo do GDH do episódio x Valor do Grupo de estrutura x DE

DE= Doente Equivalente, calculado tendo em conta o GDH do Episódio (Ver Anexo 3) Neste caso o doente equivalente é igual a 1.

Supondo que o hospital pertence ao grupo de estrutura IV, temos:

Valor do Grupo de estrutura IV: 2034.01

Peso relativo do GDH do Episódio: 0.84

logo o valor é **0.84 x 2034.01 x 1** que é igual a **1708.57 €**.

*O valor apresentado representa uma extrapolação do valor do episódio caso fosse pago individualmente. Como o valor a apagar é ponderado pelo índice Case Mix (CM) do ano anterior o peso relativo deste episódio irá influenciar o ponderador do ano seguinte.

Hipótese 2:

O utente foi operado em Dezembro estando na altura o hospital abrangido pelo financiamento **ADICIONAL**

Temos a seguinte formula:

Tendo B= *Valor GDH do Episódio*

O valor a pagar ao hospital é:

$$\begin{cases} (B + \sum_{i=1}^n 0.45 \times \text{Valor GDH}_{(i)}) \times DE & \text{se } \sum_{i=1}^n 0.45 \times \text{Valor GDH}_{(i)} < 0.45 \times B \\ (B + 0.45 \times B) \times DE & \text{se } \sum_{i=1}^n 0.45 \times \text{Valor GDH}_{(i)} \geq 0.45 \times B \end{cases}$$

i: Número de GDH's secundários

Como já foi referido o DE é igual a 1.

Aplicando a formula ao nosso exemplo temos:

- $0.45 \times B = 0.45 \times 1018.29 = 458.23$
- $0.45 \times \text{Valor GDH}_{(1)} = 0.45 \times 1188.31 = 534.74$
- $0.45 \times \text{Valor GDH}_{(2)} = 0.45 \times 1058.56 = 476.35$

Como

$$\sum_{i=1}^2 0.45 \times \text{Valor GDH}_{(i)} = 1011.09 > 458.23$$

logo o valor a pagar ao hospital será $(1018.29 + 458.23) \times DE = 1476.52 \times 1 = 1476.52€$.

Exemplo 2:

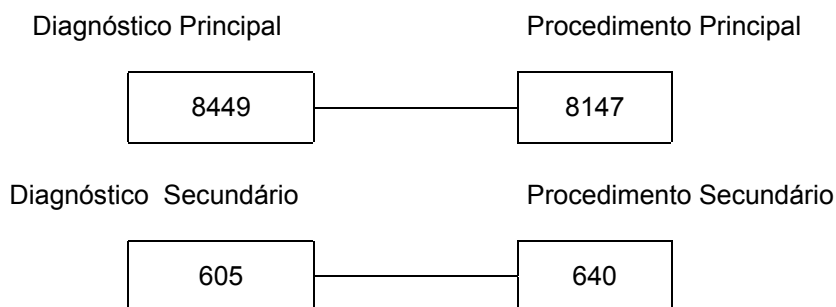
Suponhamos um utente de 20 anos, que teve alta para o domicílio após 4 dias de internamento, com as seguintes patologias (códigos ICD 9):

1. 8449 – Entorses e distensões do joelho e perna
2. 605 – Hipertrofia do prepúcio e fimose

Tendo em conta as patologias, serão realizados os seguintes procedimentos (códigos ICD9):

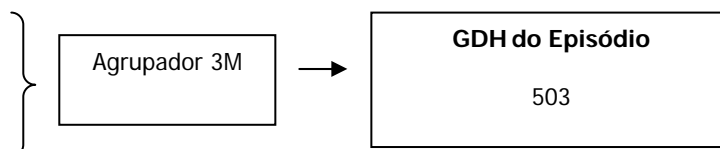
1. 8147 – Reparações do joelho NCOP
2. 640 - Circuncisão

Assim sendo, temos a seguinte estrutura de registo dos Códigos ICD 9



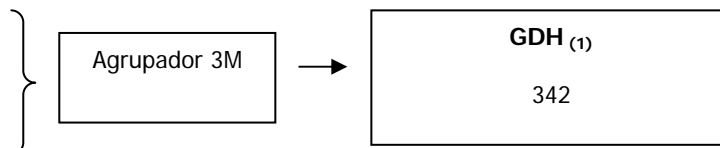
1. GDH do Episódio

8449 - Diagnóstico Principal
8147 - Procedimento



2. GDH₍₁₎ Secundário

605 - Diagnóstico Principal
640 - Procedimento



Segundo a tabela presente no despacho nº 24 036/2004 de 29 de Outubro, publicado no DR nº 274, II Série, de 22 de Novembro, os valores dos GDH's são:

GDH	Valor (€)
503	1244.12
342	445.36

Pagamento à equipa por produção adicional.

Não existindo colocação de próteses e não se tratando de uma cirurgia de ambulatório o valor pago às equipas é igual a 45% do valor do GDH, assumindo que o hospital usando de uma prerrogativa constante no despacho definiu que o valor a pagar às equipas será de 42 % do valor do GDH. Assim sendo, temos a seguinte fórmula de cálculo do valor pago à equipa.

Temos

- $A = 0.42 \times \text{Valor do GDH do episódio} = 522.53$
- $0.42 \times \text{Valor GDH}_{(1)} = 187.05$

então

$$0.6 * A = 313.52$$

e

$$0.6 * 0.42 * \text{Valor GDH}_2 = 112.23$$

Como $313.52 > 112.23$ então o valor a pagar à equipa é $522.53 + 112.23 = \mathbf{634.76 \text{ €}}$

Pagamento ao hospital

Hipótese 1:

O utente foi operado no 1º semestre e portanto o hospital encontra-se abrangido pelo financiamento **BASE**.

O valor teórico que o hospital receberia pelo episódio seria igual a:

Peso Relativo do GDH do episódio x Valor do Grupo de estrutura x DE

DE= Doente Equivalente, calculado tendo em conta o GDH do Episódio (Ver anexo 3) Neste caso o doente equivalente é igual a 1.

Supondo que o hospital pertence ao grupo de estrutura IV, temos:

Valor do Grupo de estrutura IV: 2034.01

Peso relativo do GDH do Episódio: 1.02

logo o valor é $\mathbf{1.02 \times 2034.01 \times 1}$ que é igual a $\mathbf{2074.69 \text{ €}}$.

*O valor apresentado representa uma extrapolação para o valor do episódio caso fosse pago individualmente. Como o valor a pagar é ponderado pelo índice Case Mix (CM) do ano anterior o peso relativo deste episódio irá influenciar o ponderador do ano seguinte.

Hipótese 2:

O utente foi operado em Dezembro, estando na altura o hospital abrangido pelo financiamento **ADICIONAL**.

O valor a pagar ao hospital é:

Tendo $B = \text{Valor GDH do Episódio} = 1244.12$

Aplicando a formula ao nosso exemplo temos:

- $0.45 \times B = 559.85$
- $0.45 \times \text{Valor GDH}_{(1)} = 0.45 * 445.36 = 200.41$

Como $0.45 \times \text{Valor GDH}_{(1)} = 200.41 < 559.85$

Então o valor a pagar ao hospital é $(1244.13 + 200.41) \times \text{DE} = \mathbf{1444.54 \times 1}$

III Métodos de cálculo

Facturação dos episódios cirúrgicos realizados pelos Hospitais no âmbito da Produção Base e Adicional

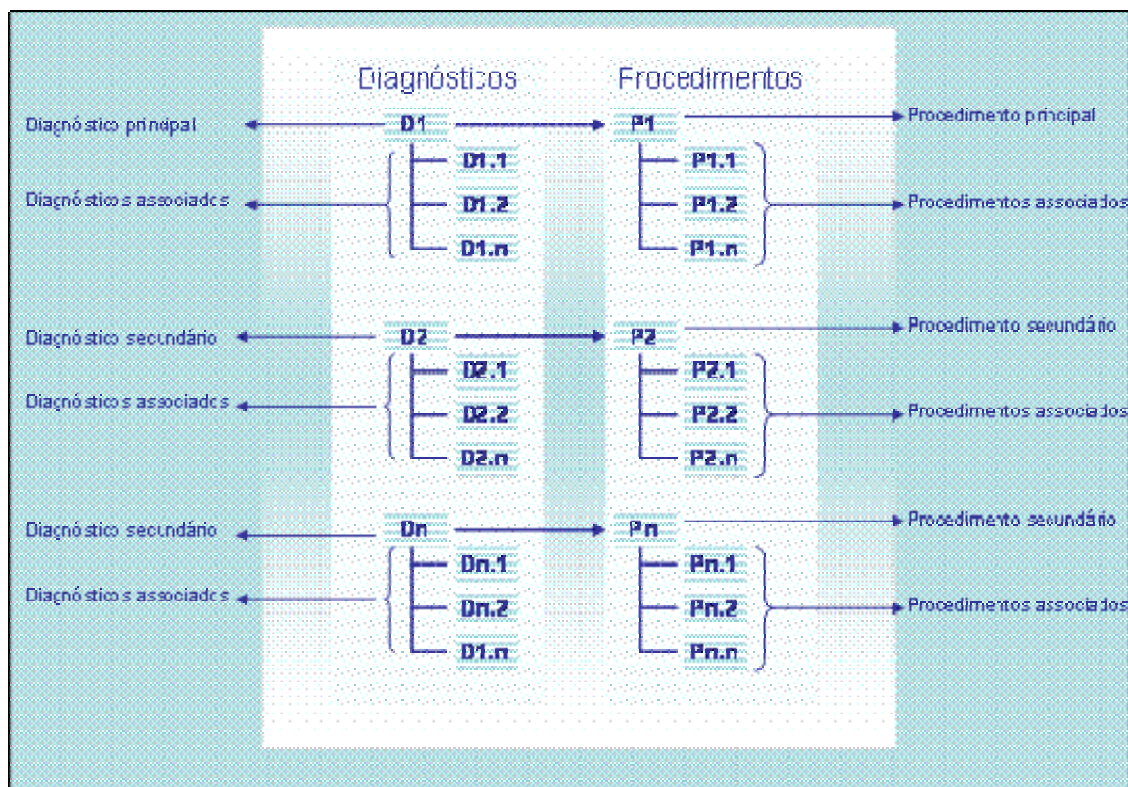
São elegíveis para facturação, episódios concluídos e devidamente registados no sistema de informação hospitalar (SIH) de acordo com as normas publicadas no regulamento e no manual do SIGIC. Podem ser emitidas facturas após a alta hospitalar sendo que esta só poderá dar origem a pagamento uma vez verificadas as circunstâncias acima referidas.

Um episódio é dado por concluído no Hospital de Origem após a emissão do respectivo documento no SIH e sua integração, após validação, no SIGLIC.

A conclusão de um episódio pressupõe a posse de todos os elementos necessários (incluindo o resultado dos MCDT, nomeadamente o da Anatomia Patológica, sempre que pertinente) ao registo da informação e a validação do documento por um médico codificador que deverá certificar que os códigos CID-9-MC constantes são os adequados ao episódio.

A conclusão no Hospital de Destino convencionado implica que, para além do constante no ponto anterior, tenham decorrido 2 meses após a alta Hospitalar e tenham ficado acordadas (e registado o respectivo acordo no SIGLIC) as acções que vierem a decorrer de eventuais complicações ou intercorrências da responsabilidade do Hospital de Destino.

Modelo de registo de diagnósticos e procedimentos



O conceito de diagnóstico aqui utilizado é muito abrangente e refere-se a todos os problemas do utente (patologias, sintomas, problemas sociais,...) isto é a todas as situações que possam ter influência na sua saúde. A descrição do diagnóstico tem de ser completa e exhaustiva.

O modelo de registo de diagnósticos apresentado procura possibilitar um registo de informação mais próximo do da prática clínica. Assim, registam-se em cada evento (momento em que o clínico interage com o doente ou com o processo e gera informação clínica) os diagnósticos pertinentes neste evento. É classificado de diagnóstico principal aquele que é primeiramente responsável pelo evento (em caso de diagnósticos equiimportantes o clínico seleccionará um como principal). Na conclusão do episódio o diagnóstico principal é aquele que após o estudo do doente se mostrou responsável pela sua admissão no hospital. Se existirem outras situações pertinentes para o evento devem ser registadas como diagnósticos secundários. Os diagnósticos principais e secundários tem de ser codificados. Os diagnósticos associados servem tão só para caracterizar melhor o diagnóstico não sendo obrigatória a sua codificação.

Entende-se por procedimento todo o acto realizado ao utente que concorre para a clarificação, despiste ou resolução da sua patologia e seja classificável de acordo com a CID 9 MC. Consideram-se procedimentos secundários os procedimentos complementares associados aos diagnósticos secundários.

Os procedimentos têm, obrigatoriamente, de estar associados a um diagnóstico ainda que suspeito. O procedimento principal (o mais relevante) é por definição aquele que está associado ao diagnóstico principal. Os procedimentos secundários são procedimentos que poderiam ser efectuados em episódios cirúrgicos distintos, e correspondem a um diagnóstico. No caso particular das bilateralidades deve inscrever-se o diagnóstico para cada lateralidade. A codificação não deverá diferir conforme exista ou não código para a bilateralidade; devendo o registo efectuar-se inscrevendo o código de unilateralidade duas vezes uma no diagnóstico principal outra no secundário. A aplicação informática procederá automaticamente à conversão dos códigos registados no código único de bilateralidade que lhes corresponda.

Assim, coloca-se o código no diagnóstico principal identificando uma lateralidade e no diagnóstico secundário o código referente à lateralidade restante. No caso de não existir código para a bilateralidade inserem-se dois códigos iguais um no diagnóstico principal outro no diagnóstico secundário.

Este modelo de registo de diagnóstico não visa exclusivamente a facturação, no entanto, contempla-a. O sistema permite a utilização dos códigos assim inscritos para a determinação do GDH do episódio, de acordo com as normas da CID 9 MC conhecidas dos médicos codificadores. Neste contexto o documento de conclusão do processo (folha de admissão e alta) é da responsabilidade dos médicos codificadores.

Na facturação decorrente da produção financiada em modalidade base só é necessário calcular o GDH do episódio e o doente equivalente. É necessário calcular o GDH correspondente aos procedimentos secundários, quando existam, para a facturação da produção financiada em modalidade adicional. Estes GDH também são utilizados para o cálculo dos valores a entregar às equipas, no caso da produção ser adicional, independentemente da modalidade de financiamento (base ou adicional).

1 - Identificar o GDH do episódio

Para Identificação do GDH do episódio utiliza-se o diagnóstico principal e todos os diagnósticos associados inscritos, assim como todos os procedimentos.

2 - Identificar um GDH para cada procedimento complementar , caso existam.

Para determinação destes GDH identifica-se o respectivo diagnóstico e todos os associados, assim como o procedimento complementar e procedimentos a este associados.

3 – Ver o preço do GDH do episódio previsto na tabela de preços publicada e se se trata de um GDH de internamento ou de ambatório. Multiplicar o preço pelo factor 0,45, que será o valor “P”.

$$V.GDH e = h \Rightarrow 0,45 * h = P$$

4 - Ver os preços correspondentes aos GDH dos outros procedimentos complementares. Multiplicar estes valores pelo factor 0,45. Somar os valores multiplicados pelo factor 0,45 que será “S”.

Exemplo: Existem dois procedimentos relevantes (cirúrgicos):

Preço do GDH procedimento relevante₁ = s_1

Preço do GDH procedimento relevante₂ = s_2

$$\Rightarrow \sum 0,45 * s_1 + 0,45 * s_2 = S$$

5- Calcular Y sendo que:

a) $Y = h$, se apenas existir o GDH do episódio.

b) $Y = h + P$, se $S > P$ $\square = \underbrace{\text{Preço do GDH e} + 0,45x \text{ V.GDH p}}_P$

ou

c) $Y = h + S$, se $S < P$ $\square = \text{Preço do GDH e} + S$

6 - Cálculo do doente equivalente (DE) :

O cálculo do doente equivalente é efectuado tendo em conta o GDH do episódio se a cirurgia for convencional.

- Se $T \leq LI$ = episódio de curta duração

$$DE = \frac{T}{DM_i}$$

- Se $T > LI_i$ e $T < LS_i$ = episódio normal = 1 DE

- Se $T \geq LS_i$ e $T < LM_i$ = episódio de longa duração

$$DE = 1 + 0,6 \times \left(\frac{T - LS_i + 1}{DM_i} \right)$$

- Se $T \geq LM_i$ = episódio de evolução prolongada

$$DE = 1 + 0,6 \times \left(\frac{LM_i - LS_i + 1}{DM_i} \right)$$

Cada episódio de cirurgia de ambatório corresponde a um doente equivalente.

7 – Para obter o valor a facturar (VF) multiplicar o valor “Y” pelo número de doentes equivalentes.

$$VF = Y \times DE$$

Sendo que:

LI_i – Limiar inferior do GDH_i

LS_i – Limiar superior do GDH_i

LM_i – Limiar máximo do GDH_i

T – Tempo de internamento

DM_i – Demora média nacional do GDH_i

Nos episódios de internamento cujo destino após alta é “transferido”, o processo de conversão em doentes equivalentes é o seguinte:

GDH cirúrgicos:

1. Se $T < \frac{2}{3} DM_i$, então o episódio de internamento é igual a (DE =) 0,505 doentes equivalentes;
2. Se $T \geq \frac{2}{3} DM_i$, então o episódio de internamento é igual a (DE =) 1 doente equivalente.